

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Ines Badrov

**ADHD: BIOLOŠKE, PSIHOLOŠKE I SOCIJALNE ODREDNICE**

ZAVRŠNI RAD

Slavonski Brod, 2019.



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Sveučilišni preddiplomski studij Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja

**ADHD: BIOLOŠKE, PSIHOLOŠKE I SOCIJALNE ODREDNICE**

ZAVRŠNI RAD

Kolegij: Razvojna psihologija

Mentor: izv. prof. Slavka Galić dr. sc.

Student: Ines Badrov

Matični broj: 503

Slavonski Brod

rujan, 2019.

## **Sažetak**

Deficit pažnje ili hiperaktivni poremećaj (ADHD) česti je oblik neurorazvojnih poremećaja u dječjoj i adolescentskoj dobi. Prvi radovi i dokazi o postojanju poveznice smanjene pažnje i negativnog općeg funkcioniranja osoba pojavili su se sredinom i krajem 18. stoljeća. Prevalencija ADHD-a iznosi 5 - 10% u dječjoj i adolescentskoj populaciji, pri čemu je češća kod dječaka nego u djevojčica. ADHD obuhvaća heterogenu etiološku skupinu s više stupnjeva razvojnih poremećaja, pri čemu su najdominantniji hiperaktivnost, impulzivnost, poremećaj pozornosti/pažnje. Postoje različite teorije o etiologiji ovog poremećaja (genetske, biološke i psihosocijalne). Dijagnosticira se na osnovi kliničke slike i osebujnih simptoma. Odgojno – obrazovna inkluzija nameće se kao jedini mogući način obrazovanja takve djece, djece s ADHD-om. Svi koji brinu o djeci s ADHD-om i koji ih liječe trebaju usko surađivati kako bi se ostvario cilj poboljšanog funkcioniranja. Liječenje je multidisciplinarno.

**Ključne riječi:** ADHD, etiologija, liječenje, roditelj, predškolska ustanova

## **Summary**

Attention deficit or hyperactive disorder (ADHD) is a common form of neurodevelopmental disorders in childhood and adolescence. The first papers and evidence of a link between diminished attention and negative general functioning of persons appeared in the mid to late 18th century. The prevalence of ADHD is 5 - 10% in the pediatric and adolescent populations, with more common in boys than in girls. ADHD comprises a heterogeneous etiologic group with multiple stages of developmental disorders, with hyperactivity, impulsivity, attention/attention disorders being the most dominant. There are various theories about the etiology of this disorder (genetic, biological and psychosocial). It is diagnosed on the basis of clinical presentation and specific symptoms. Educational inclusion is being imposed as the only possible way of educating such children, children with ADHD. All those who care for and treat children with ADHD should work closely together to achieve the goal of improved functioning. Treatment is multidisciplinary.

**Key words:** ADHD, etiology, treatment, parent, preschool institution

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. ETIOLOGIJA POREMEĆAJA.....	2
2.1. Organske teorije.....	2
2.2. Psihosocijalne teorije .....	4
2.3. Genetske teorije .....	5
3. DIJAGNOSTIKA.....	6
4. KARAKTERISTIKE DJETETA S ADHD-om .....	11
4.1. Kognitivno funkcioniranje djeteta s ADHD-om.....	11
4.2. Emocionalna ponašanja i odrednice djece s ADHD-om.....	12
4.3. Odnos roditelja i djece s ADHD-om .....	15
5. TERAPIJSKE TEHNIKE.....	17
5.1. Terapija usmjerena na dijete.....	18
5.2. Terapija usmjerena na obitelj .....	19
5.3. Terapija usmjerena na okolinu (vrtić, škola).....	20
5.4. Terapija lijekovima .....	21
5.5. Terapija tjelovježbom .....	22
6. INTEGRACIJA DJECE S ADHD-om.....	24
6.1. Inkluzija djeteta u vrtiću.....	25
6.2. Inkluzija djeteta u razred.....	28
7. ZAKLJUČAK .....	30
8. LITERATURA .....	31

## 1. UVOD

Deficit pažnje ili hiperaktivni poremećaj (ADHD), najčešći je oblik neurorazvojnih poremećaja u dječjoj i adolescentskoj dobi. Različiti stručnjaci kao što su neuropedijatri, pedijatri, pedopsihijatri, psiholozi, edukacijski rehabilitatori, logopedi vrlo često u svojoj praksi susreću se s djecom s ovim poremećajima.

Iako je u novije vrijeme dijagnoza ovog poremećaja češća, brojna istraživanja ukazuju na to kako ni socioekonomske ni kulturne prilike ne utječu direktno na razvoj ADHD-a (Bartolac, 2013). Postoje razni dokazi o ADHD-u koji potvrđuju da to nije fenomen naše, novije povijesti već da seže daleko u povijest. Naime, čak je Hipokrat prije 2500. godine opisao stanje koje se danas može povezati s ADHD-om. U svojim spisima navodi primjer pacijenta sa simptomima ubrzanog odgovora na neke senzorne poticaje i smanjene sposobnosti zadržavanja pažnje. Za taj tip poremećaja koristio je opis "duša putuje prema sljedećoj impresiji ne zadržavajući se na trenutnoj" i "predominacija vatre nad vodom" (Borić, Tomić, 2012).

Prvi radovi i dokazi o postojanju poveznice smanjene pažnje i negativnog općeg funkcioniranja u nekih osoba, pojavljuju se već sredinom i krajem osamnaestog stoljeća. Tek, na početku devetnaestog stoljeća kreće se sa intenziviranjem istraživanja, koja u osamdesetim godinama dvadesetog stoljeća dovode do oblikovanja definicije za poremećaj pažnje (Borić, Tomić, 2012). Njemački liječnik Heinrich Hoffmann, 1845. godine, opisao je ovaj poremećaj u svojoj knjizi o medicini i psihijatriji, te djecu s ADHD-om opisuje kao djecu sa neprihvatljivim ponašanjem (Bouillet, 2010).

Prvi puta se ADHD spominje u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, treća revizija (DSM-III), koji je izdan 1980. godine a tek 1994. u sklopu DSM-IV doneseni su klasifikacijski kriteriji pomoću kojih se može postaviti prava dijagnoza ADHD-a. Prava konceptualizacija poremećaja učinjena je krajem 20. stoljeća iako je već početkom 20. stoljeća istraživanja ovog poremećaja započeo George Frederic Still, engleski pedijatar, nazvavši stanje "morbid defect in moral control" što bi u prijevodu značilo morbidni deficit u moralnoj kontroli (prosudivanju) (prema Ferek, 2006).

Prevalencija ADHD-a procjenjuje se na 5 – 10 % u dječjoj i adolescentskoj populaciji a poremećaj se češće javlja kod dječaka nego u djevojčica (Bartolac, 2013). Istraživanja pokazuju kako je ovaj poremećaj 2 – 4 puta češći kod dječaka i to se najčešće javlja do sedme godine života (Ferek, 2006).

## 2. ETIOLOGIJA POREMEĆAJA

ADHD obuhvaća heterogenu etiološku skupinu poremećaja, unutar kojih su prisutni različiti stupnjevi razvojnih poremećaja a od kojih su najdominantniji hiperaktivnost, impulzivnost te poremećaj pozornosti/pažnje (Giler, 2012).

Istraživanja na području etiologije ADHD-a i dalje nisu dala konačan odgovor na pitanje što uzrokuje poremećaj, ali su razvijene različite teorije od kojih neke više naglašavaju biološke, neke psihološke faktore a dio je usmjeren na integraciju bioloških i psiholoških faktora u razvoju poremećaja. Teorije koje naglašavaju biološke faktore potaknute su prvi puta nakon pandemije encefalitisa u SAD-u u drugom desetljeću dvadesetog stoljeća kada su primijetili da su djeca koja su bolovala od encefalitisa kasnije imala posljedice u ponašanju, slične simptomima ADHD-a. Neki su istraživači tražili genetsku osnovu za poremećaj, a drugi su se više usmjeravali na psihosocijalne faktore (Huges i Cooper, 2009).

Problem nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti posljednjih godina sve je veći i zastupljeniji u medijima i društvu. Pošto se točni uzroci ne znaju, povećao se broj istraživanja na tom polju, tako su nastale teorije koje pokušavaju odgovoriti na pitanje o etiologiji ADHD-a.

### 2.1. Organske teorije

Osnovna karakteristika ovih teorija jest da tragaju za organskim oštećenjem ili disfunkcijom mozga koja bi uzrokovala poremećaj. Sve je više istraživača koji pokušavaju dokazati da je ADHD uzrokovan neurobiološkim poremećajem odnosno neurokemijskom disfunkcijom mozga. Neki autori navode kako je problem u neadekvatnom funkcioniranju određenih područja mozga koja su odgovorna za ponašanje, samokontrolu, mir, pažnju, koncentraciju i brzinu reakcije na događaje (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002). Phelan u svom radu iz 2005., navodi da su anatomske promjene u frontalnom, okcipitalnom i limbičkom dijelu mozga odgovorne za ovaj poremećaj, a ne isključuje prenatalne štetne utjecaje koji su mogli doprinijeti ovim promjenama i voditi razvoju poremećaja.

Zrilić (2011), u svom radu navodi da se u čeonom dijelu kore velikog mozga nalaze centri za otpornost ometanju i za samokontrolu, pa se upravo disfunkcionalnost ovih područja dovodi u vezu s poremećajem. I mnogi drugi istraživači smatraju da je prefrontalni korteks područje mozga koje ima veze s razvojem ADHD-a.

Taj dio mozga, koji ima značajnu ulogu u regulaciji aktivnosti, nedovoljno je aktivan pa je razumljivo da disfunkcija ovih područja može voditi ponašanjima koja su vidljiva u ADHD-u. Glavna obilježja ponašanja karakterističnih za ADHD jesu da su nasumična, neusredotočena, dezorganizirana, pretjerano agresivna i izrazito emocionalna (Jansen, 2004).

Među prenatalnim štetnim utjecajima razmatrani su alkoholizam i pušenje majke tijekom trudnoće, što rezultira nižom porođajnom težinom novorođenčeta ali i manjim dotokom kisika u mozak djeteta prilikom intrauterinog rasta. Istraživači koji podupiru ovu teoriju smatraju da smanjen protok krvi i smanjena opskrba mozga kisikom uzrokuju promjene na mozgu i direktno povezuju nastanak kasnijih promjena u ponašanju djeteta s ovim prenatalnim štetnim događajima (Jansen, 2004).

Osim alkoholizma i pušenja u trudnoći, Kudek-Mirošević (2010) dovodi u vezu ADHD s konzumacijom opojnih sredstava za vrijeme trudnoće, i izloženosti djece visokoj razini olova. Biederman i Faraone su 2005. zaključili da komplikacije u trudnoći kao što su prisustvo toksina u krvi majke, konvulzije, eklampsija, poremećaji svijesti, slabost majke u trudnoći, postmaturnost, niska porođajna težina novorođenčeta te veliki stres majke u trudnoći, uzrokuju postnatalni razvoj poremećaja (prema Kloc, 2016).

Jurin i Sekušak-Galešev (2008), u pregledu istraživanja etiologije poremećaja, kao mogući uzrok ističu razliku u strukturi mozga osoba oboljelih od ADHD-a i zdravih osoba, nedostatak nekih neuroprijenosnika, nepovezanost moždanih hemisfera i slabu električnu vodljivost i aktivnost u mozgu. U prošlosti je bilo pokušaja da se poremećaj poveže sa određenom vrstom hrane, ali su uglavnom takve teze nepotvrđene. Velki (2012) također ističe kako postoji poveznica između nezrelosti određenih područja mozga i ADHD-a što ostavlja trag na kognitivnoj sferi djetetova rasta i sazrijevanja.



## 2.2. Psihosocijalne teorije

Druga skupina mogućih uzroka nastanka ADHD-a vezanih uz psihosocijalne faktore naglašena je u okviru psihosocijalnih teorija. Psihosocijalne teorije istražuju ulogu stilova roditeljstva, stresogenih događaja i nedovoljno razvijene emocionalne inteligencije (Kadum-Bošnjak, 2006).

Neka istraživanja u svojim rezultatima i zaključcima upućuju na to da ukoliko postoji afektivni poremećaj kod ostatka obitelji, najčešće kod majki, to može dovesti do nemogućnosti djeteta da stvara primjerene emocionalne veze od rođenja, te kasnije sa cjelokupnom okolinom. Također, kao moguće uzroke socijalno izmijenjenog ponašanja ovi autori napominju da i anksioznost te depresija mogu biti uzročnici, do kojih dolazi nakon izostanka socijalne podrške djetetu (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002). Shodno tome, dijete može stvarati lošiju sliku o sebi. Dijete svoje psihičke probleme manifestira kroz nemir, smetnje pažnje i impulzivnost u kojima su dominantni tjeskoba i depresivnost.

Uz obitelj važnu ulogu ima i okolina koja direktno i indirektno utječe na pojavu simptoma. Među najčešćim mogućim utjecajima spominju se fizički faktori, pa tako statistički podaci upućuju na postojanje većeg dijela djece s hiperaktivnim poremećajem koji potječe iz okruženja unutar kojih se nije brinulo o tjelesnom razvoju djeteta. Među ovim fizičkim faktorima spominju se loša prehrana, loša prenatalna, perinatalna i postnatalna skrb, loša primarna zdravstvena zaštita, alkoholizam i narkomanija roditelja, zlostavljanje djeteta i sl. (Kudek-Mirošević i Granić, 2014).

Kao što je već spomenuto, mnogi istraživači navode različite afektivne poremećaje kod majki ili ostalih članova obitelji, koji dovode do poremećaja u uspostavljanju adekvatnih emotivnih veza između tih članova obitelji i djeteta. Uslijed navedenoga dijete razvije brojna odstupanja u ponašanju od kojih je jedan ADHD (Prvčić i Rister, 2009).

Phelan (2005) spominje roditelje koji zanemaruju svoju djecu i zlostavljaju ih fizički ili psihički. No, roditelji svojim ponašanjem ne mogu uzrokovati ADHD kod djece iako im tim ponašanjem mogu stvoriti psihološke probleme. Loš odnos roditelja može utjecati na njihovo dijete na dva načina. Prvi način je da "loše" roditeljstvo pogoršava određene simptome ADHD-a, a drugi da "loše" ponašanje roditelja izaziva kod djeteta neke druge poremećaje.

Iako psihosocijalni faktori mogu utjecati na pogoršavanje simptoma poremećaja, ipak je danas široko prihvaćeno stajalište prema kojem višestruki faktori, među kojima organski zauzimaju značajno mjesto, igraju ulogu u etiologiji ovog poremećaja. Pri tom ne treba zanemariti ni povratni utjecaj simptoma na roditelja, s obzirom na to da su poremećaj pažnje i ekscesivna aktivnost djeteta vrlo zahtjevni i za roditelja i iziskuju visoku razinu tolerancije a sami su dodatni izvor stresa za roditelja. Phelan (2005), naglašava da je razina stresa u obitelji povezana s lošim socioekonomskim statusom i poremećajem odnosa majke sa djetetom što izravno oblikuje poremećene obiteljske odnose.

### 2.3. Genetske teorije

Genetske teorije naglašavaju da su glavni uzroci nastanka ADHD-a skriveni u genetici. Slično i mnogim drugim poremećajima, neki dokazi i nalazi stručnjaka usmjeravaju nas na jednu vrstu nasljedne komponente. Kako navodi Phelan (2005), kada je u pitanju ADHD, u prilog tome govori činjenica da je prisutnost ADHD-a dva puta veća kod braće ili sestara osoba s ADHD-om nego u općoj populaciji.

Rezultati istraživanja, kako navodi Velki (2015), također pokazuju veću sukladnost ADHD-a kod jednojajčanih blizanaca nego kod dvojajčanih. Ako postoji gen za ADHD, samo je po sebi razumljivo da će ga imati oba jednojajčana blizanca.

Podaci upućuju da je mogućnost da se osobi dijagnosticira ADHD ako ga je imao jedan od roditelja čak 50%, a to nesumnjivo potvrđuje jaku genetsku osnovu ADHD-a (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002). Mnogi autori potvrđuju kako je veća vjerojatnost za pojavnost ADHD-a ako poremećaj već postoji u obitelji odnosno u bliskih članova obitelji (Velki, 2015).

Morrison i Stewart su 1971. godine analizirali roditelje djece sa i bez ADHD-a, te dolaze do zaključka da je nemir u dječjoj dobi povezan s alkoholizmom, histerijom i psihopatijom roditelja. Dakle, neka zajednička genetska podloga za druge psihijatrijske poremećaje i ADHD mogla bi postojati u obiteljima djeteta s ADHD-om (prema Kloc, 2016). Hughes i Cooper (2009), te Phelan (2005), navode kako genetička istraživanja pokazuju da su određeni geni odgovorni za problem pri funkcioniranju neurotransmitera dopamina u središnjem živčanom sustavu, koji bi mogao doprinositi i razvoju ADHD-a.

### 3. DIJAGNOSTIKA

Dijagnosticiranje ADHD-a započinje kao i kod svih poremećaja, uočavanjem specifičnih simptoma ADHD-a. Lauth, Schlottke i Neumann (2008), ističu da se poremećaj pozornosti ponajprije prepoznaje prema ponašanju djeteta, onome što čini u određenim situacijama i onome što mu dobro ili manje dobro uspijeva.

Ono što se vidi u ponašanju djeteta s ADHD-om jest da je dijete, kada se usporedi s vršnjacima, više nemirnije, teže se može koncentrirati, reakcije su mu nagle, teško se može organizirati ili orijentirati, zahtijeva više pažnje i rada u odnosu na svoje vršnjake (Romstein, 2011). Kod manje djece, poremećaj se teško otkriva i upitna je opravdanost ovakve dijagnoze kod trogodišnjaka ili četverogodišnjaka, ali je dosta očit u školskoj dobi i kod mladih ljudi često je pojačan društvenim i profesionalnim teškoćama.

Tijekom odrastanja djeteta, ovaj poremećaj se polako mijenja, i gotovo nikada ne nestaje sam od sebe, iako se odrastanjem mijenjaju manifestacije. Kocijan-Hercigonja navodi, kako je za pravilnu dijagnostiku poremećaja pažnje korisno provesti T.O.V.A. test varijabilnosti pažnje koji mjeri pažnju i impulzivnost djeteta. Test je sličan kompjuterskoj igri u kojoj dijete kojem se testira pažnja reagira na vizualnu stimulaciju. Specifičnosti T.O.V.A. testa su njegov širok raspon vezano za dob (od treće do osamdesete godine), nevezanost za jezik ili kulturu, izuzetno točno mjerenje pažnje i kratko trajanje (21,6 min)<sup>1</sup>.

Prema tome, postoje različiti testovi i kriteriji na temelju kojih se mogu pokazati razlike između zdrave djece i djece s ADHD-om, i preciznije odrediti da li dijete stvarno ima ADHD. Dijagnoza ADHD-a se postavlja prema nekoliko kriterija koji su opisani 1994. godine u sklopu DSM-IV a 2013. u DSM-5 su dopunjeni i revidirani.

Prema DSM-5, razlikuju se tri osnovna simptoma poremećaja pažnje s hiperaktivnošću. To su nepažnja, impulzivnost i hiperaktivnost, ali su uobičajeno prisutni i neki dodatni popratni simptomi. Od popratnih simptoma mogu biti prisutni uriniranje u odjeću jer je dijete nestrpljivo čekati priliku za odlazak u toalet, neopreznost u prometu, gubitak školskog pribora, upadanje drugima u riječ i prekidanje govornika, pretjerano govorenje bez

---

<sup>1</sup> Kocijan-Hercigonja T.O.V.A. test varijabilnosti pažnje. Pribavljeno 04.07.2019., sa <https://kocijan-hercigonja.com/hr/t-o-v-a-test-varijabilnosti-paznje/>

oblikovanja i smišljanja rečenice (rečenice bez početka i kraja nevezane za temu) i sl. (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

U odnosu na recentne smjernice, pedijatri nose važnu ulogu u ranom otkrivanju i prepoznavanju simptoma i mogućnosti dijagnostike ADHD-a, služeći se DSM-5 kriterijima (Dodig-Ćurković, 2013). ADHD definiran je od strane Američke psihijatrijske udruge (APA) koja je, kao što je već spomenuto, u svom Dijagnostičko – statističkom priručniku (izdanom 2013.) opisala dijagnostičke kriterije za sve mentalne poremećaje, pa tako i za ADHD a ovi su kriteriji opisani i u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i povreda, deseta revizija (MKB-10) koja je u službenoj upotrebi u zdravstvenom sustavu u Republici Hrvatskoj.

Postoje neke manje razlike u kriterijima između DSM-a i MKB-a. Tako, prema DSM-IV, za dijagnozu kombiniranog podtipa ADHD-a potrebno je čak 6 i više simptoma nepažnje i 6 i/ili više simptoma hiperaktivnosti, a koji moraju trajati najmanje 6 mjeseci. S druge strane, prema MKB-10, mora biti prisutno 6 simptoma nepažnje, 3 simptoma hiperaktivnosti i 1 simptom impulzivnosti.

U DSM-u-IV opisana su tri podtipa ADHD-a, koji se razlikuju prema zastupljenosti određenih simptoma, a sukladno s predloženim kriterijima:

1) Predominantno hiperaktivno/impulzivni tip, koji je obilježen pretjeranim, prekomjernim nemirom u rukama ili nogama djeteta, javljaju se teškoće prilikom zahtjeva za mirnim sjedenjem, također se javlja i nemogućnost igranja djeteta "na miru", dijete je "stalno u pokretu" (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Znakovi impulzivnosti kod manje djece očituju se nemogućnošću čekanja svog reda, dijete često prekida i/ili upada drugima u njihove aktivnosti, nenamjerno se ozljeđuje, ne može uspostaviti vezu sa svojim vršnjacima, previše priča i sl. Dob pojavljivanja simptoma impulzivnosti je gotovo istodobna s pojavom simptoma hiperaktivnosti. Za dijagnosticiranje, prema DSM-5 kriterijima, mora biti prisutno najmanje 5 simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti uz najviše 6 simptoma nepažnje (Dodig-Ćurković, 2013).

2) Predominantno nepažljiv tip, koji se manifestira kroz sljedeća obilježja: pojačanu zaboravljivost, lako odvlačenje pažnje, gubljenje stvari, dezorganizaciju, slabiji uspjeh u školi, nemogućnost izvršenja više zadataka u nizu, slabu koncentraciju, oslabljenu pažnju za detalje (Cooper i Huges, 2009).

Simptomi se primjećuju najčešće od osme do devete godine života djeteta te su obično cjeloživotni. U DSM-u-5, uveden je dodatak koji se odnosi na to da se simptomi mogu razvijati do 12. godine života te je dodan popis simptoma samo za odrasle osobe dok je za djecu popis simptoma ostao nepromijenjen.

3) Kombinirani tip, najčešći je tip ovog poremećaja, koji se očituje s najmanje 6 simptoma nepažnje i najmanje 6 simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti.

Za svaku dobnu skupinu djece postoje određene specifičnosti o kojima je nužno voditi računa pri evaluaciji i postavljanju dijagnoze ADHD-a, a s naglaskom na specifičnosti razvojnog perioda života djeteta u dobi od 4. do 6. godine (Cooper i Huges, 2009). U postupku dijagnosticiranja primjenjuju se standardizirane ljestvice za roditelje i učitelje. Primjeri takvih ljestvica su Russel-Barkley ljestvica procjene iz 1990. godine i Conneri ljestvica koju je razvio Keith Conneri (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002).

Dijete koje će u budućnosti biti dijagnosticirano kao ADHD vrlo često se u dojenačkoj dobi znatno razlikuje od djece koja nemaju ADHD, po tome što je izraženije aktivno (no treba napomenuti da neće sva aktivna djeca razviti ADHD). Vrlo često ova djeca imaju izraženiji tonus mišića, iako ranije od ostale djece prohodaju, nespretnija su od druge djece, imaju poteškoća u usnivanju i spavanju, često se bude noću, razdražljiva su, češće plaču. Ovdje, međutim, treba napomenuti da se u ovoj dobi ne postavlja dijagnoza ADHD-a.

Phelan (2005) navodi da se u mlađe djece do četvrte godine, poremećaj prvo manifestira kroz motorički nemir, pojačanu razdražljivost te otežanu prilagodljivost. Pošto su danju izuzetno nemirna, ova se djeca teško mogu naspavati tijekom noći, ne mogu se smiriti, teško se uklapaju u okolinu. U motoričkom dijelu, djeca su dobro razvijena, vole se kretati, znatiželjna su, stalno nešto istražuju, u ranom djetinjstvu manje nespretna nego u dojenačkoj dobi. Prvčić i Rister (2009) navode da su predškolska djeca u dobi 3 – 5 godina koja imaju hiperaktivni poremećaj često impulzivna, ne mogu mirno saslušati ukoliko im se nešto priča ili kada im se čita, nemirnija su od ostale djece te su stalno u pokretu a time uzrokuju nered i ometaju ostalu djecu pri igranju. Teško zadržavaju koncentraciju na nekoj stvari jer se konstantno prebacuju na nešto drugo, što im odvlači pažnju. U skupnim igrama teško mogu čekati svoj red.

Mlinarević (2009), u skladu s DSM-om-IV, smatra da za točnu dijagnozu poremećaja, mora biti vidljivo minimalno 6 znakova nepažnje ili minimalno 6 simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti. Nadalje, bitno je da su simptomi nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti u

trajanju od minimalno 6 mjeseci i to u intenzitetu mnogo jačem nego li u vršnjaka koji su iste razvojne razine.

S druge strane, Prvčić i Rister (2009) naglašavaju da simptomi moraju postojati prije sedme godine života te u djetetovom životu moraju narušavati nekoliko različitih aspekata. Unutar DSM-5 (2013), naglašeno je da se simptomi moraju pojaviti u barem dva životna okruženja (npr. škola i obitelj) te trajati u kontinuitetu minimalno 6 mjeseci.

Prema Rešiću (2007), u dijagnostičkom i terapijskom procesu sudjeluje polivalentni tim stručnjaka (neuropedijatar, dječji psihijatar, psiholog), obitelj i vrtić (odgojitelj, pedagog, psiholog, socijalni pedagog, defektolog). Od stručnjaka se očekuje, da naprave intervju sa roditeljima, djecom i odgojiteljima te da dobivene odgovore usporede s iskustvom stečenim u radu s djecom s ADHD-om. Također, posebno je važna i obiteljska te osobna anamneza (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002).

Obiteljska anamneza je važna, zato što većina autora potvrđuju postojanje genske osnove ADHD-a. Osobna anamneza je također od posebnog značaja jer nam može dati podatke o različitim traumama, bolestima i situacijama koje su mogle dovesti do disfunkcije mozga koja može biti uzrokom deficita pažnje s hiperaktivnim poremećajem (Lauth, Schlottke i Neumanni, 2008; Zrilić, 2011). Prilikom intervjuiranja roditelja potrebno je pitanja postavljati ciljano da bi se doznalo o mogućnosti prisustva štetnih utjecaja u trudnoći, o komplikacijama u perinatalnoj fazi, infekcijama, traumama glave (Velki, 2016). Neuropedijatru je potrebno uputiti djecu koja imaju manje od 6 godina života te onu djecu kod koje postoji sumnja u postojanje nekog od razvojnih poremećaja (Taylor, 2008).

Neuropedijatar ima ulogu u pronalaženju specifičnih simptoma kao što su oštećenje vida i/ili sluha, poremećaji usnivanja i spavanja, epilepsije, određeni sindromi, te dizmorfija, kao i svih ostalih općih simptoma i bolesti kao što su hipertireoza, alergija ili hipotireoza. U situacijama kada se primjenjuje medikamentozno liječenje potrebno je učiniti veću i širu dijagnostičku obradu zbog mogućnosti pojave neželjenog djelovanja nekih specifičnih lijekova pri liječenju ADHD-a, eventualno uključiti kardiologa i gastroenterologa (Melillo, 2016).

Kroz neuropsihologijsku dijagnostiku moguće je otkriti razvojne poremećaje poput mentalne retardacije, općeg razvojnog zaostajanja, Touretteovog sindroma, specifičnih govorno-jezičnih poremećaja, te posebnih poremećaja učenja (Rešić i Solak, 2007). Neuropsihologijska procjena kognitivnog funkcioniranja kao i psihosocijalna procjena imaju

važnu ulogu u otkrivanju individualnih slabosti i prednosti u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom funkcioniranju djeteta (Loborec i Bouillet, 2012).

#### **4. KARAKTERISTIKE DJETETA S ADHD-om**

Postoji mnogo različitih karakteristika po kojima se prepoznaju djeca koja imaju deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Već ranije su spomenuta tri podtipa ADHD-a, pa o tome ovisi koje će karakteristike biti izraženije kod djece. Neka djeca mogu imati sve karakteristike koje obilježavaju ovaj poremećaj, dok druga djeca mogu imati samo određene karakteristike koje su više izražene od drugih. Ključnim obilježjima ADHD-a se smatraju nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost (Kudek-Mirošević i Opić, 2010).

Kadum-Bošnjak (2006) navodi da u ponašanju djeteta s ADHD-om, pored nepažnje, dominiraju nemir i velika potreba za fizičkom aktivnošću. Dijete je stalno aktivno te često trči okolo, skače i penje se po namještaju, nema nimalo opreza i ono se ničeg ne boji, pa se vrlo često ozlijedi.

Bez prestanka se zanima za drugačije i novije sadržaje, ali na njima se zaustavlja samo na kratko, aktivnosti koje zahtijevaju mirno sjedenje gotovo su nemoguće. U učionici ne može sjediti dugo na miru, često mora ustajati, prošetati, okretati se ili sjedi na rubu stolca. Dok piše zadaću često mora prošetati, skakati ili napraviti neku drugu aktivnost, kao i prilikom gledanja televizije ili objedovanja (Kudek-Mirošević i Opić, 2010).

Nerijetko djeca s poremećajem pažnje bez hiperaktivnosti ostaju neidentificirana zbog njihovog ponašanja koje nije tako uočljivo kao ponašanje djeteta sa simptomima hiperaktivnosti. Ako ih se na vrijeme otkrije i tretira, ova djeca mogu napredovati (Prvčić, Rister, 2009).

##### **4.1. Kognitivno funkcioniranje djeteta s ADHD-om**

Velki (2012) navodi da se poteškoće u kognitivnom funkcioniranju kod djece s ADHD-om prepoznaju po lošem apstraktnom mišljenju, teškoćama u pamćenju i stvaranju koncepata te u prepoznavanju poznatih stvari, kao i u pisanju, čitanju i računanju.

Djeca s poremećajem pažnje mogu imati poteškoća s usvajanjem praktičnih i govornih vještina, pa se zbog toga pojavljuju teškoće s učenjem govora, a to se očituje pri uključivanju u razgovor i grupni rad (Kudek-Mirošević, Opić, 2010). Svi problemi koji se odnose na



usvajanje školskih i socijalnih vještina ove djece nastaju zbog toga što ona ne mogu dovoljno dugo zadržati koncentraciju kako bi usvojila neko znanje. Pomoć im je potrebna samo kako bi zadržali pažnju jer imaju velike sposobnosti učenja vještina (Kudek-Mirošević, Opić, 2010).

Istraživanja u SAD-u pokazuju da djeca s ADHD-om uslijed poteškoća u kognitivnoj sferi imaju lošiji uspjeh u školi, imaju ozbiljnije poteškoće sa čitanjem te sa rukopisom u čak 60% slučajeva. Djeca s ADHD-om imaju velike poteškoće s održavanjem pažnje u obrazovnim zadacima i u drugim aktivnostima. Teže se usredotočuju na zamorne zadatke ili zadatke koji se ponavljaju, pa im se zato mogu zadati zadatci koji uključuju nove elemente i koji na kraju uključuju nagradu za riješen zadatak. To će pomoći pri održavanju pažnje (Hughes, Cooper, 2009).

Pažnja kod ove djece je izrazito kratkotrajna. Dijete konstantno započinje i prekida razne aktivnosti. Ne može se usmjeriti na detalje, ne može pratiti niti završiti započeto. Često u mislima nije prisutno, rastreseno je i sanjari (Lauth, Schlottke i Neumanni, 2008).

Dijete se u razgovore, posebno one grupne, ne uključuje, samostalno usmeno odgovaranje pred ostatkom razreda za njega nije moguće, ima poteškoća s organizacijom obaveza i aktivnosti. Sklono je pogreškama u školskim i izvanškolskim aktivnostima. Gubitak pribora za rad u školi, pisanje zadaće i ostale dnevne aktivnosti često bivaju zaboravljeni. Vanjski podražaji su djetetu jako važni, pa ga često ometaju pri obavljanju školskih i domaćih zadataka ili obaveza. Na svaki podražaj ono reagira, a to dovodi do brzog umora (Kudek-Mirošević, Opić, 2010).

#### **4.2. Emocionalna ponašanja i odrednice djece s ADHD-om**

Nekoliko je specifičnih slabosti na području emocionalnog funkcioniranja koje mogu biti vrlo slične kod sve djece koja imaju ADHD. Te slabosti najčešće ometaju interakciju djeteta sa ADHD-om s njegovim vršnjacima te direktno utječu na socijalnu prihvaćenost djeteta. Specifična ponašanja kao što su manjak interpersonalne empatije, pojačana osjetljivost na razne potrebe, impulzivnost, koncentracija na trenutno zadovoljavanje potreba te smanjen stupanj tolerancije na frustracije, djecu sa ADHD-om stavljaju u grupu visokog rizika za razvoj poteškoća u socioemocionalnom funkcioniranju a samim time i teškoća sa povezivanjem i stvaranjem odnosa s vršnjacima (Barkley, 2006). U nekim istraživanjima koja

su se bavila vršnjačkim odnosima u djece i adolescenata s ADHD-om, došlo se do rezultata da postoje poteškoće kod navedene skupine u svim aspektima vršnjačkih odnosa a to su nedostatne socijalne vještine, neprihvaćenost od strane vršnjaka te teškoće prilikom sklapanja prijateljstava (Rešić i Solak, 2007).

Socijalna ponašanja koja nisu primjerena i vrlo su ometajuća su impulzivnost, nametljivost, agresivnost te nedostatno razvijene socijalne vještine, primjerice suradnja, dijeljenje ili izmjenjivanje (Barkley, 1997). Barkley (2006) je opisao specifično ponašanje koje doprinosi povećanom riziku od socijalnih neuspjeha. Također, ističe kako djeca koja imaju ADHD ne pridaju veliku pažnju onim vještinama koje nemaju direktnu korist za njih same. Nadalje, navodi da oni nemaju sposobnost opažanja neverbalne i verbalne komunikacije kao ni vizualnih znakova koje im upućuju vršnjaci te imaju problem pri kontroliranju buke i vlastitih emocija koje se javljaju prilikom nekih zadataka u koje su uključeni ostali vršnjaci što naposljetku dovodi do nesporazuma i frustracija sa obje strane (Barkley, 1997).

Problemi u komunikaciji kod djece sa ADHD-om uočavaju se po ignoriranju verbalnih poticaja, nemaju razvijenu vještinu aktivnog slušanja, nametljivi su kada su uključeni u komunikaciju, kod njih ne postoji izmjenjivanje tijekom razgovora, ne mogu se prilagoditi prihvatljivim verbalnim i komunikacijskim ponašanjima. Uz sve poteškoće, oni ne mare za posljedice svog ponašanja, ne uočavaju da se njihova usredotočenost na sebe može odraziti na raskidanje socijalnih veza sa vršnjacima. Uzajamna razmjena naklonosti i nekih zajedničkih interesa kroz određeni period predstavlja koncept izgradnje kvalitetnih odnosa, a to djeci koja imaju ADHD nije najjasnije (Kendall, 1998).

Često imaju velikih problema kada trebaju odabrati odgovarajuću emocionalnu reakciju za određenu socijalnu situaciju što ih ponovno dovodi do problema u odnosima sa vršnjacima (Becker, Leubbe, 2012). Barkley (2000), opisuje dvije vrste deficita u emocionalnoj regulaciji, vezanih uz ADHD:

1) inhibitornu nesposobnost, koja se očituje kao neprimjerena socijalna reakcija koja se povezuje sa jakim emocionalnim reakcijama

2) samoregulacijski deficit, koji se očituje kao nemogućnost smirivanja vlastitog fiziološkog uzbuđenja koje nastaje kao posljedica utjecaja jakih emocija i preusmjeravanja pažnje.

Jedno je istraživanje (Giler, 2012), potvrdilo da su socijalni problemi i deficiti emocionalne regulacije povezani kod mladih koji imaju ADHD a očituju se kroz:

- 1) smanjenu emocionalnu fleksibilnost i poteškoće u povratku na temeljno emocionalno stanje
- 2) nisku emocionalnu ekscitaciju, nestrpljivost i neadekvatne socijalne reakcije
- 3) teškoće u kontroliranju onih ponašanja koja su pod utjecajem jakih emocija.

Istraživanje sposobnosti prikrivanja svojih osjećaja u situacijama koje frustriraju prilikom vršnjačke interakcije, pokazuje da dječaci s ADHD-om pokazuju statistički značajno slabije socijalne sposobnosti od njihovih vršnjaka bez ADHD-a (Lauth, Schlottke, Neumann, 2008). Poteškoće u emocionalnoj regulaciji djece s ADHD-om očituju se kao snižen prag tolerancije na frustraciju, povišena razina emocionalne preosjetljivosti i teškoće pri vraćanju na emocionalnu osnovu, što potiče vršnjake bez ADHD-a da percipiraju djecu sa ADHD-om kao onu koja su destruktivna, preosjetljiva i naporna (Thompson, 2004).

Velki i Dudaš (2016), u svom istraživanju, dokazuju da djeca s izraženijim simptomima ADHD-a pokazuju veću razinu agresivnosti, nasilja, ali i viktimizacije. Tim istraživanjem je dokazano i da simptomi hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje te manjak kontrole ponašanja, koji se uočavaju kod djece koja ispunjavaju kriterije za dijagnozu ADHD-a, povećavaju rizik za vršnjačke sukobe koji mogu voditi do problema u školskom okruženju. Neki autori tvrde da se kod agresivne djece često javljaju i depresivnost i anhedonija, tj. potpuna odsutnost zadovoljstva onime što rade (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002).

Udruga Buđenje, udruga za razumijevanje djece s ADHD-om, objavila je knjigu "Hiperaktivni sanjari" 2005. godine. Knjiga je do danas imala nekoliko nadopuna kao posljedica promjene u DSM kriterijima za ADHD. Cilj Udruge i ove knjige, jest buđenje svijesti javnosti da nisu svi poremećaji hiperaktivnosti ADHD, a autori nastoje upoznati okolinu sa hiperaktivnim sanjarima, djecom koja su zdrava ali žive u svojoj mašti. Autori knjige naglašavaju kako se ne radi o djeci sa kombiniranim ADHD-om već isključivo hiperaktivnoj djeci (Ferek, 2006).

Hiperaktivni sanjari su jako emotivni i njima su emocije jako bitne. Emocije im omogućavaju da intenzivnije dožive svijet, a njih to dovodi na jednu višu razinu. Trenutni

osjećaj, koji je snažan, odraz je nečega što ih okružuje, zanima ili je odraz mašte. Oni daju sve od sebe samo pod utjecajem emotivnog žara (Barkley, 2006).

Emotivni žar im omogućava koncentraciju na nešto što ih zanima i to puno snažniju nego što ju imaju ostali ljudi. To emotivno stanje im omogućuje da budu usredotočeniji na ono što ih zanima te brži i moćniji. Tada postaju opsesivni i strastveni u svojim zanimanjima i pokazuju znatiželju za određene stvari. Ovakvo emocionalno stanje hiperaktivnih sanjara dovodi do hiperfokusa, a to je doživljavanje nečega na višoj razini (Thompson, 2004.).

Sanjarenje omogućuje hiperaktivnim sanjarima da otplove u svijet koji nije realan, da vizualiziraju nešto što je nemoguće ili da dožive nešto nepostojeće. Lutajući um im omogućuje da na svaki problem mogu gledati drugačije i pronaći kreativno i nesvakidašnje rješenje. Još jedna karakteristika hiperaktivnih sanjara je pojmovno razmišljanje. Oni ne razmišljaju klasičnim linearnim načinom (Thompson, 2004). Razmišljaju sveobuhvatno, odnosno pojmovno, a to znači da prvo stvaraju općenite slike i tako dolaze do detalja. Njihove misli imaju oblik slika. Zbog toga imaju problema s pisanjem i izražavanjem jer si svaku riječ moraju prevesti u sliku (Delić, 2001).

#### **4.3. Odnos roditelja i djece s ADHD-om**

Obitelj je od izuzetne važnosti prilikom pružanja podrške djetetu sa ADHD-om. Postoji mogućnost pomoći djetetu unutar same obitelji sa minimalnim intervencijama trećih strana (Loborec, Bouillet, 2012).

Wehmeier, Schacht i Barkley (2010) ističu da je odnos između roditelja i djece koja imaju ADHD pod znatno većim pritiskom stresa i konflikata unutar obitelji nego što je to u obiteljima gdje nema ADHD-a. Roditelji djece s ADHD-om se nose s poteškoćama osobnih izazova unutar samog odgoja takvog djeteta, no i sa osobnim emocionalnim pritiscima i pritiskom okoline (prema Velki, 2012).

Prema istraživanju Moen, Hedelin i Hall-Lord (2014, prema Velki i Dudaš, 2015), roditelji djece s ADHD-om navode kako im je u odgoju djece ključno postavljanje granica i određivanje prostora za igru, rad, učenje, čišćenje i ostale kućanske obveze. Velki (2012), u svom priručniku, napominje kako je od iznimne važnosti tijekom postavljanja pravila, odrediti jasne posljedice u slučaju nepoštivanja dogovora i prelazaka granica koje su postavljene.

Roditelji moraju znati prepoznati djetetove probleme i značaj njihova odnosa s vršnjacima jer time dolaze do toga da preuzimaju aktivnu ulogu u organizaciji djetetovog socijalnog života (Phelan, 2005). Za dijete je vrlo važno da odrasta u strukturiranoj sredini te da su svi postupci koji se primjenjuju uvijek dosljedni. Treba stvoriti obiteljski raspored obaveza i kućanskih obaveza, pa se time stvaraju djetetove radne navike. Svaki dan mora biti isplaniran. Svaki član obitelji mora upotrebljavati iste obrasce ponašanja s djetetom, jer će dijete tako lakše shvatiti kako se pravilno ponašati. Smatra se da je tehnika nagrade za poželjno ponašanje vrlo uspješna u usvajanju pozitivnog ponašanja. Pozitivno potkrepljivanje će dati pozitivne rezultate (Kudek-Mirošević i Opić, 2010).

Dijete mijenja vlastito ponašanje u pozitivnom smjeru kroz nagrađivanje poželjnog ponašanja. Bitno je da roditelji ignoriraju neprihvatljivo ponašanje djeteta, a kada dijete to primijeti, početak će mijenjati svoje ponašanje jer mu je bitna njihova pažnja. Roditelji znaju primjenjivati i tehniku izolacije, a to podrazumijeva da fizički izoliraju dijete iz neke problematične situacije (Zrilić, 2013).

Problem odgovornosti i krivnje za djetetovo ponašanje i poremećaj, izvor je konflikata između roditelja, te u ovim obiteljima nisu rijetki razvodi bračne zajednice, zlostavljanje djece od strane najbližih članova obitelji i odbacivanje (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002). Uključivanje u obiteljsku terapiju, odnosno psihoterapiju, metode su kojima se može pomoći u sprječavanju ovih neprimjerenih postupaka i njihovih posljedica. Tome dodatno pomaže i trening roditeljskih vještina tijekom kojeg se pronalaze i razvijaju načini za razumijevanje i upravljanje djetetovim emocijama (Velki i Romstein, 2016).

## 5. TERAPIJSKE TEHNIKE

Još uvijek nije otkriven lijek za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, ali stručnjaci se trude na različite načine i kroz različite pristupe ublažiti simptome ovog poremećaja kako bi djeci i njihovim obiteljima olakšali svakodnevicu. Svako je dijete drugačije i ima različite simptome koji su jače izraženi, pa se prema tome određuje i vrsta terapije. Danas postoji puno različitih pristupa u liječenju ADHD-a (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Iz dana u dan prevalencija ADHD-a sve je viša te se ovaj poremećaj predstavlja kao velika poteškoća u sustavu obrazovanja, ali i osobna poteškoća za osobu s ADHD-om i njezinu obitelj (Delić, 2001). Etiološko liječenje ADHD-a, još uvijek nije moguće, te se i danas primjenjuje više različitih pristupa kako bi se mogli kontrolirati simptomi te ublažiti posebni problemi za dijete i obitelj (Delić, 2001).

Ne pojavljuju se svi simptomi kod sve djece kao ni njihovi popratni problemi, a naravno, razlika je i u etiologiji, pa se u skladu s individualnim obilježjima primjenjuju razni postupci kojima se nastoji pomoći djetetu pri razvijanju osjećaja vlastite vrijednosti i pri snalaženju u obitelji, vrtiću ili kod odnosa sa vršnjacima (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002). Kod svakog djeteta treba postaviti terapijski cilj nakon dijagnostičkog postupka i procjene kliničke slike, primjeren djetetovim specifičnostima.

Njihovim roditeljima treba pomoći tako da im se objasni priroda ovog poremećaja, da ih se nauči kako postupati sa simptomima i kako se odnositi prema djetetu. Zbog velikih individualnih razlika među djecom, potrebno je napraviti plan za svako dijete a ne generalizirati iste postupke na svu djecu s ADHD-om (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Važno je da roditelj postavi realna očekivanja za svoje dijete, a učitelji/ce i psiholog za svako pojedino dijete, te na vrijeme otkrivaju moguće probleme koji će nastati zbog teškoća s učenjem. Moraju se identificirati socijalni i emotivni problemi ukoliko ih ima, kao i obiteljska disfunkcija. Nastoji se poboljšati interakcija djeteta s roditeljima, učiteljima i drugim ljudima te uspostaviti dobra komunikacija između škole i roditelja. Treba poticati dijete i bodriti ga da može biti još bolje, a time mu poboljšati i samopoštovanje, osjećaj sigurnosti, identiteta i vjerovanja (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002).

Liječenje bi trebalo obuhvaćati više mjera, uključivati roditelje i dječji vrtić, odnosno za školsku djecu i školu. Svi koji brinu o djeci s poremećajem pažnje/hiperaktivnim

poremećajem i koji ih liječe trebaju usko surađivati kako bi se cilj ostvario. Liječenje započinje bihevioralno-kognitivnim programom i pedagoško-edukativnim programom te na kraju farmakološkom terapijom ukoliko uspjeh prethodne dvije terapije izostane (Dodig-Ćurković, 2013). Nažalost, zbog izuzetno izraženih simptoma te problema za dijete i njegovo okruženje, u neke djece potrebno je odmah početi s medikamentoznom terapijom koja, naravno, prethodno mora biti dobro isplanirana (Lauth, Schlottke i Neumann, 2008).

Princip liječenja djece i adolescenata s ADHD-om je multidisciplinarni (Cooper i Huges, 2009). U terapijskom timu važno je da sinergično sudjeluju i pedijatri, neuropsiholozi te neuropedijatri, pedopsihijatri i edukatori-rehabilitatori.

Kreiranje individualnog programa zahtjeva timski pristup, koji je usmjeren na zadovoljenje zdravstveno-odgojno-obrazovnih potreba, individualno za svako dijete, te je preporučeno u liječenju svih dobnih skupina. Edukacijsko-rehabilitacijski postupci te kombinacija psihosocijalnih tretmana i bihevioralno-kognitivne terapije uz rad sa roditeljima temelj je liječenja ADHD-a (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

### **5.1. Terapija usmjerena na dijete**

Individualna terapija za dijete pomaže mu da riješi negativne emocije koje mogu biti intenzivirane i zbog odbačenosti od okoline koju iskuse mnoga djeca s ADHD-om. Jedan od psihosocijalnih pristupa je bihevioralna terapija. Ona je usmjerena ka unapređenju određenih ponašanja, odnosno specifičnih vještina, no nije tako uspješna pri smanjivanju simptoma nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti kod djece (Phelan, 2005). Terapija se usmjerava na detaljniju ocjenu ponašanja koje predstavlja problem, proučavanje različitih uvjeta u okolini, koji su poticaj za takva ponašanja te pronalazi strategije koje će proizvoditi promjenu unutar okoline, a time i mijenjanje ponašanja djece. Podrazumijeva i ponovne procjene da bi se mogla vrednovati uspješnost intervencije. Bihevioralni pristup ima prednost zbog zahtjeva da se dosljedno primjenjuju određeni postupci, a to je vrlo važno jer, višestrukim istraživanjima utvrdilo se da je za djecu koja imaju ADHD najbolje strukturirano, odnosno, predvidljivo okruženje, bilo to kod kuće ili u školi. U takvom predvidljivom okruženju su pravila koja su djeci poznata i jasna (Cooper i Huges, 2009).

Kognitivno-bihevioralne terapije upotrebljavaju kognitivnu strategiju, a to je strategija rješavanja problema i zadržavanja pažnje s bihevioralnim tehnikama potkrepljenja, samopotkrepljenja i modeliranja. Istraživanja o djelotvornosti primjene ove terapije i o usvajanju vještina rješavanja problema te životnih vještina nisu pokazale značajnije promjene u ponašanju djece sa deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem (Latimer, August, Newcomb, Realmuto, Hektner i Mathy, 2003).

Iako se nije pokazala učinkovitom u promjeni karakterističnih ponašajnih obilježja ADHD-a, ipak ova terapija kod jednog dijela djece može pomoći u ublažavanju pojedinih simptoma, a naročito simptoma depresije i anksioznosti. Utvrđen je manjak dugotrajnijih učinaka terapija u vidu pozitivnijih promjena u ponašanju (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Multimodalni tretmani sadrže trening socijalnih vještina, pri čemu se neka poželjna ponašanja vježbaju unutar skupine koja na kraju daje „feedback“, odnosno, povratnu informaciju, potkrepljuje i modelira ponašanje (Delić, 2001). Jurin i Sekušak-Galešev, (2008) navode da se učenje socijalnih vještina odvija u skupini ili individualno. Rezultati se mogu postići samo ukoliko je potpora djetetu sa ADHD-om kontinuirana te ukoliko se vodi računa o djetetovim osobitostima (prema Phelan, 2005).

Psihoterapija koja se najčešće primjenjuje jest upravo kognitivno-bihevioralna, za koju je već spomenuto da nije učinkovita za ublažavanje simptoma nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti, ali se može pokazati korisnom prilikom stvaranja pozitivnijeg odnosa terapeuta i djeteta s ADHD-om, te u smanjivanju popratnih obilježja ovog poremećaja. Tom terapijom nastoji se djetetu dodatno potaknuti razvoj samopoštovanja, smanjiti razine depresije i anksioznosti. Također se koristi kod poteškoća u interpersonalnim odnosima adolescenata i djece. Ima veliku ulogu i kod adolescenata, posebno onih koji se žele osamostaliti te preuzeti odgovornosti za svoje probleme (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

## **5.2. Terapija usmjerena na obitelj**

Delić (2001) je naveo obiteljsku terapiju kao važan oblik pružanja podrške i pomoći, te naglašava da je prvi cilj za obiteljsku terapiju upoznavanje roditelja djeteta s ADHD-om i mijenjanje njihove slike o djetetu koja je često negativna. Kroz obiteljsku terapiju se pomaže



roditeljima da svladaju problem, da se riješe krivnje i odgovornosti radi toga što im djeca imaju deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj.

Korisne su i grupe/udruga roditelja djece s ADHD-om koje imaju samozaštitnu ulogu, jer tu dobivaju podršku drugih roditelja čija djeca imaju ovaj poremećaj (Delić, 2001). U ovakvim grupama/udrugama roditeljima može pomoći i stručnjak koji im nastoji objasniti ovaj poremećaj, upućuje ih se na savjetovanje, nastoji im se pomoći u razvijanju pozitivnije slike o sebi i povjerenje u okolinu. Cilj ovakvih udruga je često i poticanje da se donesu zakoni koji će pomoći njihovoj djeci. Potrebno je izraditi programe koji bi modificirali ponašanje roditelja a baziraju se na socijalnim teorijama učenja (Melillo, 2016).

Sastancima u udrugama, nastoji se promijeniti reakcija članova obitelji na određene situacije, te ih potaknuti da većinu poteškoća koje imaju sa djecom riješe nježno i asertivno da se ne bi uz ADHD pojavile i dodatne emocionalne poteškoće. Slična stajališta navode Prvčić i Rister (2009) te smatraju da je edukacija roditelja važna zbog prihvatanja činjenice da se ponašanje djeteta neće moći promijeniti u kratkom vremenskom razdoblju. Roditeljima treba savjetovati da budu strpljiviji i da ne dopuštaju hiperaktivnosti da utječe na odnos roditelja s djecom već da razmjenjuju misli, osjećaje, da se šale i zabavljaju.

### **5.3. Terapija usmjerena na okolinu (vrtić, škola)**

Učitelj mora pomoći djetetu i prilagoditi se njegovim sposobnostima kako bi njegova negativna ponašanja, a i posljedice bile što manje. Bihevioralni pristup kod promjene ponašanja je vrlo efikasan jer okolina potiče promjene, odnosno smanjuje problematično ponašanje, a potiče pozitivno (Kudek-Mirošević i Opić, 2014). Maksimalni efekti se mogu postići jedino ako osoblje škole (vrtića) surađuje s roditeljima te ako su terapijski postupci usmjereni na ciljano ponašanje. Uz obitelj, vrtić je za predškolsku djecu druga sredina u kojoj su problemi djeteta posebno izraženi, a posljedice na djetetovo emotivno stanje, socijalni položaj, akademski status pa i samopoštovanje i samopouzdanje jednako velike (Kudek-Mirošević i Opić, 2014).

Djeca koja imaju ADHD, imaju poteškoća sa praćenjem nastave nekoliko sati i mirnim sjedenjem u učionici. Kocijan-Hercigonja (1997) predlaže da se u razredu u kojem je dijete s ADHD-om izmjeni nastavni sat, da se na početku daje teško gradivo koje zahtjeva

angažiranje djeteta, a kasnije da se naučeno gradivo ponavlja kroz vizualne metode. Vizualne metode su, primjerice, PowerPoint prezentacije koje uključuju izmjenu podražaja kako bi dijete držalo pažnju na gradivu (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002).

Uloga odgojiteljica u vrtiću koje rade sa djecom s ADHD-om, odnosno, s djecom s ovim poremećajem i drugom zdravom djecom u istoj skupini je izuzetno važna i odgovorna. Nužno je da odgojitelj/odgojiteljica prihvata dijete s ADHD-om takvo kakvo jest, te potiče kvalitetne kontakte između djeteta s ADHD-om i vršnjaka tipičnog razvoja, objašnjava djeci na njima razumljiv način što je ADHD i da im je i dijete s ADHD-om prijatelj (Kloc, 2017).

U vrtiću dijete vrlo teško može zadržati pažnju i mirnoću koja se očekuje, primjerice, sjedenje u krugu na podu i obavljanje neke aktivnosti poput pjevanja. Dijete sa ADHD-om teško će zapamtiti stihove pjesama, bit će nezainteresirano, neće sjediti kao ostali vršnjaci već će hodati po sobi i raditi ono što je njemu zanimljivo (Prpić i Vlašić-Cicvarić, 2013). Tada odgojiteljice mogu posegnuti za drugačijim metodama i prilagoditi aktivnost u grupi u skladu s potrebama djeteta s ADHD-om, primjerice, tako da predlože da se svi ustanu i plešu uz stihove pjesama, a nakon nekog vremena uz ples dodaju i udaraljke. Na taj način, dijete s ADHD-om prebacuje konstantno pažnju sa jedne radnje na drugu, ostaje u krugu prijatelja, zabavlja se i uči (Manjkas, 2009).

#### **5.4. Terapija lijekovima**

Kod dijela djece koristi se farmakološko liječenje koje se može provoditi uz ostale oblike liječenja. Važno je dobro poznavati kliničku sliku djeteta kako bi se moglo odlučiti treba li ono uzimati medikamentoznu terapiju ili ne (Phelan, 2005).

U pojedinim državama, pri liječenju ADHD-a, često se upotrebljavaju psihostimulansi kao što je metilfenidat, deksamfetamin te miješane soli amfetamina, a koji se preporučuju kao izbor broj jedan za liječenje djece, osim, naravno, djece predškolskog uzrasta. U skupinu lijekova koji nisu psihostimulirajući pripada atomoksetin, koji se preporuča u liječenju adolescenata i školske djece, ukoliko dođe do nedovoljnih učinaka ili do neželjenih nuspojava kod psihostimulirajućih lijekova.

Guanfacine, klonidin, risperidon, triciklički antidepresivi ili transdermalni nikotinski lijekovi, lijekovi su koji se ne preporučaju za liječenje ADHD-a ali se ipak ponekad

primjenjuju (Phelan, 2005). Poseban izazov predstavlja medikamentozno liječenje ADHD-a kod djece koja imaju pridružena psihička stanja ili sindrome.

Ovisno o vrsti pridruženog tipa poremećaja u liječenju se koriste i selektivni inhibitori pohrane serotonina, antiepileptički lijekovi, risperidon i sl. No, bez obzira na uspješno ili neuspješno liječenje ovim lijekovima, dijetom, multivitaminima, masnim kiselinama ili alternativnim terapijama, ne smije se zaboraviti kako ne postoji znanstvena potvrda za ovakvo liječenje ADHD-a (Kudek-Mirošević i Opić, 2014).

### **5.5. Terapija tjelovježbom**

Prema riječima Lauth, Schlottke i Neumanni (2008), ako su u djeteta s poremećajem pažnje i motoričkim nemirom, prisutne i motoričke teškoće (deficit u gruboj i finoj motorici, te u upravljanju pokretima) nužna je terapija vježbanjem. Takvu terapiju provode radni terapeuti i diplomirani sportski učitelji kroz specijalno odabrane sportske vježbe. One bi trebale poboljšati pozornost, smanjiti motorički nemir i ukloniti teškoće u socijalnim odnosima.

Međutim, brojnim istraživanjima dokazano je da se primjenom ove terapije motorička sposobnost djece, doduše, popravila, ali se nisu popravile ni pažnja niti motivacija (Lauth, Schlottke i Neumanni, 2008). Unatoč takvim rezultatima i dalje je preporučljivo provoditi ovu vrstu terapije obzirom da je popraćena iznimnom radošću djeteta zbog kretanja, isprobavanja različitih aktivnosti, stjecanja novih iskustava u kretanju i proširivanju društvenih kontakata.

Suvremeni radni terapeuti danas provode dosljedno koncipirane programe liječenja poremećaja pozornosti (uvježbavanje pažnje, usredotočenosti, samokontrole, planiranja, „vježbe centriranja“- slušanje jeke, motoričke vježbe, žongliranje, vježbe spretnosti, izvođenje čarolija ili ručnog rada) (Lauth, Schlottke i Neumanni, 2008). Samo upućivanje u takav program liječenja u pravilu vrši liječnik (pedijatar, psihijatar za djecu i mlade), koji postavlja dijagnozu i prepisuje adekvatan način liječenja (Lauth, Schlottke i Neumanni, 2008).

Terapijska rekreacija je terapija djece s ADHD-om u kojoj se razvijaju sportske vještine ili rekreativne aktivnosti. Te aktivnosti se razvijaju kako bi potakle bolje odnose ove djece s vršnjacima i kako bi djeca stekla samopoštovanje. Jedan primjer ove terapije su odlasci u ljetne kampove. Tamo djeca s ADHD-om mogu iskoristiti svoju potrebu za motoričkim

aktivnostima i mogu biti uspješni, a da pritom razvijaju i pozitivne odnose s vršnjacima (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

## 6. INTEGRACIJA DJECE S ADHD

Organizacija dijelova ili elemenata u jednu cjelinu ili strukturu koja djeluje harmonično u nastojanju da se postignu ciljevi ili usklađenost između pojedinačnih i/ili zajedničkih ciljeva ključno je obilježje integracije (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002). Socijalna integracija prema definiciji je uključivanje u društveno-ekonomsku i kulturnu sferu života zajednice, a podrazumijeva i obitelj i radnu okolinu i društvenu sredinu (Delić, 2001).

Teškoće unutar socijalne integracije mogu se odraziti na područja koje socijalna integracija podrazumijeva pri ostvarivanju uspješnog funkcioniranja unutar obitelji, škole, radne okoline ili unutar vršnjačke skupine (Kadum-Bošnjak, 2006). Kao što je već spomenuto, ADHD je razlog velikih problema unutar socijalnih sfera funkcioniranja samog djeteta, roditelja, no i ostalih sudionika koji su uključeni u djetetov rast i razvoj i svakodnevno normalno socijalno funkcioniranje (Kadum-Bošnjak, 2006).

U odgojno-obrazovnoj praksi postoje istraživanja koja su potvrdila da se, ukoliko se dijete rano uključi u kvalitetniji sustav obrazovanja i odgoja, može postići veći stupanj njegova razvoja, može se prevenirati razvijanje sekundarnih poteškoća i smetnji te obrazovna zapuštenost, a sve s ciljem što ranije socijalizacije djeteta s ADHD-om (Bouillet, 2010). Na taj se način odgojno-obrazovna inkluzija nameće kao najbolji mogući način za obrazovanje djece s ADHD-om, unutar kojeg djeca s ADHD-om i njihovi zdravi vršnjaci imaju jednaka pozitivna iskustva (Kobešćak, 2003).

Međutim, navedeni proces, treba biti pomno isplaniran i kvalitetno osmišljen, jer samo smještanje djece s ADHD-om u fizičku blizinu zdravih vršnjaka, bez planiranih i stručno vođenih intervencija, neće rezultirati dosežanjem željenih rezultata (Bouillet, 2009). Zahtjevi koji su postavljeni pred djecu ponajprije u vrtiću, zatim u školama, ponekad nisu dobro prikladni, odnosno, ne poklapaju se sa najnovijim saznanjima o sazrijevanju moždanih struktura djece s ADHD-om. U modernom društvu pritisak na djecu je sve veći zbog nastojanja prijenosa većeg broja informacija u što ranijoj dobi, s ciljem lakšeg samostalnog funkcioniranja djece kasnije u životu, što djeca s ADHD-om ne mogu adekvatno pratiti.

Djeca s ADHD-om često su stigmatizirana u vrtiću, školi, ali i kasnije u društvu a to negativno utječe ne samo na djecu, nego i na roditelje koje društvo smatra nemarnima, nesposobnima da odgoje dijete i sl. Nije rijedak slučaj da roditelji djece s ADHD-om budu

izolirani od bliskih rođaka, koji ih više ne pozivaju na zajednička druženja i rođendane zbog, kako smatraju, djetetova neprimjerena ponašanja.

Izvršne funkcije omogućuju osobi da odredi prioritete u životu, pospješuju integraciju i reguliraju ostatak kognitivnih funkcija te osiguravaju mogućnosti za samoregulaciju (Bartolac, 2013). Ukoliko su izvršne funkcije nerazvijene ili su oštećene, a pretpostavlja se da je upravo to slučaj s djecom s ADHD-om, mogu se očekivati problemi u organiziranju vlastitih misli, u verbalnoj komunikaciji, izražavanju i kontroliranju emocija, usmjeravanju na specifične zadatke koji su na prvi pogled nerazumljivi, nemogućnost učenja na vlastitim pogreškama te ponavljanje grešaka unatoč odluci osobe da greške neće ponavljati (Bartolac, 2013). Jasno je da ovakvi obrasci ponašanja mogu biti prepreka socijalnoj integraciji.

Još jedna u nizu poteškoća je emocionalna impulzivnost koja je velika prepreka pri socijalnom integriranju djeteta sa ADHD-om u društvo a specifična je za sindrom ADHD-a, te se očituje kao niska tolerancija na frustracije, brže i eksplozivnije pokazivanje emocija nego što to čine vršnjaci bez ADHD-a te specifična osobna uzbuđenost ili izrazita ljutnja. Kao posljedica kašnjenja razvojnih značajki, unatoč tome što su emocije opravdane i u skladu sa situacijom u kojoj se dijete našlo, nije reguliran intenzitet tih emocija (Bartolac, 2013).

Motorička impulzivnost češće se uočava jer dijete ima neopisivu potrebu sve opipati, dotaknuti, okrenuti, bez traženja dozvole za diranje stvari ili predmeta. Nadalje, česta je i tjelesna reakcija na stresni događaj (npr. čekanje u redu, odlazak u kazalište gdje se očekuje mirno sjedenje) koja se manifestira kao gurkanje druge djece, udaranje, čupanje itd. (Bartolac, 2013). Djeca koja imaju ADHD, najčešće pored emocionalne i motoričke impulzivnosti, pokazuju i verbalnu impulzivnost jer nemaju samokontrolu nad govorom i ne mogu čekati svoj red u konverzaciji (Bartolac, 2013). Jasno je da su, zbog samog obilježja njihova poremećaja, djeca s ADHD-om slabijih socijalnih vještina, pa su i slabije prihvaćena od strane vršnjaka i teže stječu prijatelje, a što sve može povratno negativno utjecati na njih.

### **6.1. Inkluzija djeteta u vrtiću**

Odgajanje i briga o djetetu koje ima ADHD posebno je velik izazov za sve odgojitelje. Iziskuje ljubav, vrijeme, strpljenje, pažnju ali i učenje o načinima kako biti adekvatan odgojitelj za dijete s ADHD-om. Svako dijete prolazi kroz određena razvojna razdoblja koja

mogu biti teška i frustrirajuća i koja mogu sa sobom donijeti bezbroj pitanja (Bouillet, 2009). U dojenačkoj dobi hiperaktivno dijete je više aktivno nego li ostala djeca: razdražljivije je i više plače, jede i noću i danju, teško spava ili usniva, češće se budi, odgojitelji imaju poteškoća sa smirivanjem i tješanjem djeteta s ADHD-om, moguće je da vrlo rano prohoda, iako je često u ranom djetinjstvu nespretnije od vršnjaka (Phelan, 2005). Predškolsko doba je specifično jer dijete nije sklono slušanju odgojitelja, kada mu se postavi pitanje vrlo brzo slijedi odgovor i ono ne razmišlja o tome što će odgovoriti, gleda što i na koji način ostali vršnjaci rade prije nego li samo proba raditi, nikad nije na svom mjestu, ne može se obući bez tuđe pomoći, pa tako vrlo često ni ne nauči obući se, zakopčati dugmad ili vezati cipele (Kadum-Bošnjak, 2006). Postiže lošije rezultate od ostalih zdravih vršnjaka kada se u vrtiću priprema za školu, posebno teško mu ide prepoznavanje boja, brojeva ili slova te se teško koristi škarama, ljepilom itd. U radu je jako nestrpljivo, često ometa rad u grupi ili upada u riječ te ometa sve druge prilikom igranja i zajedničkih grupnih zadataka ili nekih zajedničkih aktivnosti (Phelan, 2005).

Cjelodnevni boravak u vrtiću, dugotrajni zadatci i obaveza pridržavanja nekog zadanog rasporeda, ovoj djeci predstavljaju veliki problem. Nadalje, boravak u jednoj zatvorenoj prostoriji ih umara i opterećuje te im vrlo brzo postaje dosadno, u odnosu na zdrave vršnjake. Od samog početka veoma im se teško usredotočiti samo na jedan predmet poput najjednostavnijeg zadanog okvira, sjedenja u krugu (Kokot, 2016).

Imaju veću potrebu za aktivnosti i to iskazuju svojim ponašanjem a zbog vrlo oslabljene koncentracije ostala djeca ih smetaju u radu (Kadum-Bošnjak, 2006). Tako vrlo često doživljavaju neuspjeh, što ima nerijetko za posljedicu kritike i kažnjavanje njihovog ponašanja od okoline. Djeca s ADHD-om s vremenom postaju tužna, nesretna i osjećaju se izolirano zbog vršnjačkog odbacivanja i neprihvatanja a što rezultira slabim samopoštovanjem i socijalnom izolacijom.

S obzirom na teškoće vezane uz rano dijagnosticiranje ADHD-a, odgojitelji su oni koji su u dječjim vrtićima učestalije suočeni s profesionalnim izazovima pri odgajanju ovakve djece koja još nemaju dijagnozu a ispoljavaju neka ili sva obilježja ADHD-a. A od njih se očekuje, prema načelima odgojno-obrazovne inkluzije, da doprinose stvaranju uvjeta koji će svu djecu jednako vrednovati, prihvaćati s poštovanjem, pružiti im jednake prilike za napredak (Loborec i Bouillet, 2012). Bit samog odgojno-obrazovnog procesa jest uspostava sinergije mogućnosti i zahtijeva, te odabiranje koje strategije rada i/ili edukacijskih sadržaja

će biti primjerene sposobnostima djece, da bi se omogućilo zadovoljavanje potreba svakog pojedinog djeteta.

Odgojitelji su ti, koji na različite načine, izravno utječu na rast i razvoj te uspjeh djeteta s ADHD-om kroz svoj svakodnevni rad. Oni najviše mogu pomoći djetetu da svoje mogućnosti adekvatno razvije, dok s druge strane, odgojitelj koji nije dovoljno kompetentan, uzrokuje ograničenje djetetovih razvojnih dosega (Loborec i Bouillet, 2012). Prema tome, kvaliteta odgojno-obrazovnog rada često ovisi o stručnim kompetencijama odgojitelja, sustavima vrijednosti, ali i o stavovima prema osobama s teškoćama i njihovim mogućnostima.

Od stručnih kompetencija, od presudne su važnosti odgojiteljeva pedagoška, psihološka, didaktička i stručna naobrazba, sposobnosti u ostvarenju kvalitetne komunikacije (verbalna i neverbalna), u koordinaciji između djetetovih sposobnosti, kurikulumu i njegovih individualnih potreba, te sposobnost promicanja inkluzivne kulture unutar vrtića. Evaluacija rada i promjena svog i tuđeg odgojno-obrazovnog načina rada te suradnja s obiteljima i ostalim stručnjacima pokazatelji su ljudske kvalitete odgojitelja (Velki, 2012).

Zagovaranjem inkluzije (prema Kadum-Bošnjak, 2006), nastoji se izbjeći najteži oblik stigmatizacije djeteta s ADHD-om. To je izolacija djeteta, odnosno upućivanje djeteta u posebne izdvojene odjele. Da se to spriječi, često se naglasak stavlja na praćenje aktivnosti uz individualizirani pristup u redovnoj skupini, te na prilagođene metode i oblike rada uz stručnu podršku defektologa i/ili socijalnog pedagoga.

Da bi se postigao veći uspjeh potrebno je razumjeti i adekvatno reagirati na potrebe djeteta, mogućnosti, sposobnosti ali i konačni uspjeh te njegovo vrednovanje (Kadum-Bošnjak, 2006). Djetetu s ADHD-om najvažniji su podrška i razumijevanje, što u vrtiću mora postojati. U vrtiću se moraju osigurati oblici i načini (metode) rada, te organizirati aktivnosti pomoću kojih će dijete s ADHD-om postići svoj maksimalan rezultat, a učinak će biti u skladu sa njegovim mogućnostima, koje su određene razinom težine poremećaja (Kadum-Bošnjak, 2006).

U vrtićima bi trebalo osigurati sve bitne radnje koje bi pospješile sveukupni proces, kontrolu i redukciju samih neprimjerenih ponašanja (Sekušak-Galešev, 2005). Tako je vrlo važno imati pravilno i smisleno organiziran prostor ali i vrijeme, te koristiti što raznovrsnije i brojnije metode u radu (Kadum-Bošnjak, 2006). To mogu biti glina, plastelin, voda, pijesak, boja. Za poticanje razvoja motorike, percepcije i samokontrole mogu se koristiti: jednostavne



slagalice, memory, materijali za nizanje i umetanje. Uvijek treba ići od jednostavnijih aktivnosti k složenijima (Milanović, 2014).

Većina djece koja imaju teškoće, a posebno djeca s ADHD-om, odgojiteljima ne osiguravaju odgovarajuću gratifikaciju za uloženi trud, a što njihove odgojitelje potiče na povećano kritiziranje i upućivanje negativnih verbalnih ili neverbalnih poruka, a to, dugoročno uzrokuje smanjenu odgojno-obrazovnu priliku za tu djecu (Velki, 2012). Podatci iz istraživanja koje je opisao Bouillet (2011) a koje je uključivalo 93 odgojitelja u dječjim vrtićima na području Republike Hrvatske, upućuje na to da je uspješno socijalno funkcioniranje djece koja imaju posebne potrebe direktno povezano sa visokim profesionalnim kompetencijama koje posjeduju njihovi odgojitelji.

## **6.2. Inkluzija djeteta u razred**

Kada djeca, školarci, krenu u prvi razred osnovne škole to predstavlja veliki stres kako za njih tako i za njihove roditelje. Škola predstavlja odgojno-obrazovnu instituciju koja ima svoje zahtjeve i pravila vezana za sve učenike ali i nastavnike. Pravo djece s posebnim potrebama da pohađaju redovnu nastavu ozakonjeno je u Republici Hrvatskoj 1980. godine, ali samo onda kada je takav postupak opravdan, odnosno, kada je to povoljno za dijete. Mora postojati opravdana pretpostavka da će inkluzija u redovni nastavni program djelovati povoljno na razvoj djetetovih emocionalnih, kognitivnih i socijalnih sposobnosti (Sekušak-Galešev, 2005).

U školskom okruženju mogu se javiti razne poteškoće pri socijalnom integriranju djeteta s ADHD-om, jer je dijagnoza koju posjeduje specifična i dijete ponekad nije u mogućnosti adekvatno ili nije uopće sposobno pratiti zahtjeve škole na onaj način na koji to škola traži od učenika. Prelazak djeteta iz faze igranja i bezbrižnosti prije škole koje je obilježeno većom količinom igre i aktivnosti, u školsko okruženje u kojem se traži dugotrajnija mirnoća i praćenje nastave, može teško pasti djetetu koje ima ADHD (Bartolac, 2013).

Kada dijete krene u školu, očekuje se mirnije sjedenje, usredotočenost na gradivo i veći stupanj koncentracije te zbog toga u ovom razdoblju iz škole stiže značajno više pritužbi na dijete nego što je to bio slučaj dok je dijete bilo u vrtiću (Phelan, 2005). Sukladno članku 13,

u Pravilniku o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (2015), škole određuju stručna povjerenstva koja su zadužena za prijedloge primjerenih programa obrazovanja koje upućuju stručnim povjerenstvima na razini županija. Među stanjima navedenim u Pravilniku je i ADHD, u kojem stoji da učenicima koji imaju deficit pažnje ili hiperaktivni poremećaj, nije potrebno prilagoditi sadržaj u nastavi ukoliko nemaju komorbiditete. Zbog različite etiologije i simptoma poremećaja, prilagođavanje nastave djeci s ADHD-om odnosi se samo na individualizirani pristup u prezentiranju nastavnog sadržaja i načinu provjeravanja stečenog znanja. Oni koji rade u odgojno-obrazovnom procesu s djecom koja imaju ADHD moraju odabirati postupke u pristupu djeci koji neće uzrokovati osjećaje manje vrijednosti a ti pristupi moraju doprinostiti uspješnom usvajanju znanja.

Kadum-Bošnjak je (2006), oslanjajući se na zakonske odredbe, navela da oni učenici koji imaju ADHD imaju tri mogućnosti u pogledu školovanja i mogu:

- 1) uz individualizaciju pristupa i prilagođavanje metoda i oblika nastave te uz dodatnu pomoć stručnog suradnika kao što je defektolog i/ili socijalni pedagog, pratiti nastavni sadržaj koji je propisan;
- 2) uz pomoć socijalnih pedagoga i defektologa sudjelovati i pratiti nastavni sadržaj koji je prema prilagođenom programu;
- 3) sudjelovati u nastavi u posebnim razrednim odjelima.

Ono što je važno za nastavnike jest da primjereno uredi razred, dogovaraju sva pravila ponašanja te pojašnjavaju učenicima što se od njih očekuje, zajednički odaberu mjesto na kojem će biti raspored aktivnosti učenika te da na adekvatan način koriste pohvale i nagrade za poštivanje zajednički donesenih pravila u razredu.

## 7. ZAKLJUČAK

ADHD je kompleksni poremećaj čija etiologija nije potpuno razjašnjena. U vrtićima se djeca s ADHD-om često ponašaju izrazito motorički nemirno, brzopleti su i hiperaktivni u odnosu na drugu djecu, a na takve simptome može se utjecati dodatnom specifičnom edukacijom odgojitelja, suradnjom sa stručnim suradnicima i roditeljima, te razvijanjem pozitivnijih i realnijih očekivanja od djeteta kao i stavljanjem djeteta u kontekst u skladu s njegovim mogućnostima.

Odgojitelji trebaju biti strpljivi, vedri, smireni, govoriti jasno, umjerenom glasnoćom i brzinom. Također, moraju biti djetetu model organizirana ponašanja (govoriti djetetu što se radi, kako, zašto). Samo odgojitelj koji prepoznaje svoje probleme u radu sa hiperaktivnom djecom potražiti će razne načine pomoći (dodatna znanja, komunikacijske vještine, iskustva drugih, brigu o sebi i vlastitim potrebama).

Na taj način će prihvatiti dijete takvim kakvo ono uistinu jest, vidjet će problem u njegovoj cjelovitosti i orijentirat će se na prevladavanje s pozitivnim i realnim očekivanjima. Također će stvoriti uvjete za individualni, bliski kontakt s djetetom, ali i uvjete za ostvarivanje kvalitetnih djetetovih kontakata s drugom djecom.

A što je najvažnije, koncentrirat će se i promatrat će samo dijete, sa punim kapacitetom njegovih mogućnosti, sposobnosti i talenata, a ne poput mnogih drugih primjećivati samo djetetovu teškoću. Kvaliteta rada odgojitelja u predškolskim ustanovama ovisi najviše o stavovima odgojitelja prema djeci s poteškoćama i njihovim (ne)mogućnostima, njihovim osobnim vrijednosnim sustavima i stručnim kompetencijama. Važan je i suradnički odnos s drugim stručnjacima uključenima u skrb o djeci, kako bi se osiguralo pravovremeno prepoznavanje djetetovih snaga i teškoća, te optimalan pristup u radu s djetetom kako bi se nesmetano razvijali njegovi potencijali. Na prelasku djeteta u školu važna je komunikacija s učiteljem kako se u školskoj sredini osigurala klima u kojoj će dijete moći realizirati svoje potencijale.

**8. LITERATURA**

1. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. (2014). Biofeedback i Neurofeedback metode u liječenju psihijatrijskih poremećaja. *Služba za razvoj, istraživanje i zdravstvene tehnologije Zagreb*, 8 (8), 6-20. Pribavljeno 11.05.2019. sa: [http://aaz.hr/sites/default/files/HTA\\_08\\_2014.pdf](http://aaz.hr/sites/default/files/HTA_08_2014.pdf)
2. Barkley, R.A. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York: The Guilford Press.
3. Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
4. Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94.
5. Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s ADHD-om, te njihovih roditelja. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (2), 269-300.
6. Borić, S., Tomić, R. (2012). Stavovi nastavnika osnovnih škola o inkluziji. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu*, 7/3(16), 75-86.
7. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
8. Cooper, P., Hughes, L. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija i socijalna integracija*, 1-2 (9), 1 - 10.
10. Dodig-Ćurković, K. (2013). *Psihopatologija dječje i adolescentne dobi*. Osijek: Svjetla grada.
11. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: Drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Buđenje – Udruga za razumijevanje ADHD-a.
12. Giler, JZ. (2012). *Ja to znam i mogu: kako poučavati socijalnim vještinama djecu koja imaju ADHD, teškoće u učenju ili Aspergerov sindrom*. Zagreb: Naklada Kosing.
13. Hughes, L., Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
14. Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici: kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.

15. Jurin, M., Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)- multimodalni pristup. *Paediatrica Croatica*, 3 (52), 195-201.
16. Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu*, 1 (2), 114-121.
17. Kendall, J. (1998). Outlasting disruption: The process of reinvestment in families with ADHD children. *Qualitative Health Research*, 8 (3), 839-857.
18. Kloc B. (2017). *Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju*. Neobjavljeni diplomski rad, Petrinja: Odsjek za odgojiteljski studij Učiteljskog fakulteta u Petrinji.
19. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (2002). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap
20. Kokot T. (2016). *ADHD u djece predškolske dobi*. Neobjavljeni završni rad, Čakovec: Odsjek za odgojiteljski studij Učiteljskog fakulteta u Čakovcu.
21. Kudek-Mirošević, J., Granić, M. (2014). *Uloga edukacijskog rehabilitatora - stručnog suradnika u inkluzivnoj školi*. Zagreb: Alfa.
22. Kudek-Mirošević, J., Opić, S. (2010). Ponašanja karakteristična za ADHD. *Odgojne znanosti*, 12 (1), 167-183.
23. Latimer, WW., August, G.J., Newcomb, M.D., Realmuto, G.M., Hektner, J.M., Mathy, R.M. (2003). Child and familial pathways to academic achievement and behavioral adjustment: A prospective six-year study of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 7 (2), 101-115.
24. Lauth, GW., Schlottke, P. W. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga.
25. Loborec, M., Bouillet, D. (2012). Istraživanje procjena odgojitelja o mogućnosti inkluzije djece s ADHD-om u redovni program dječjih vrtića. *Napredak*, 153 (1), 21-38.
26. Makarun, N. (2017). *Problemi socijalne integracije u djece s poremećajima aktivnosti i pažnje*. Neobjavljeni diplomski rad, Petrinja: Odsjek za odgojiteljski studij Učiteljskog fakulteta u Petrinji.
27. Manjkas T. (2009). *Hiperaktivni poremećaj djece predškolske dobi*. Neobjavljeni završni rad, Petrinja: Odsjek za odgojiteljski studij Učiteljskog fakulteta Petrinji.
28. Melillo, R. (2016). *Isključena djeca*. Split: Harfa.
29. Milanović, M. (2014). *Pomozimo im rasti: priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden Marketing.

30. Mlinarević V., Brust M., Zlatarić S. (2009). Pozitivni ishodi individualiziranog rada asistenta u nastavi s učenikom s ADHD-om. *Verzal*, 21 (7), 129-139 .
31. Phelan, TW. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
32. Prpić I., Vlašić-Cicvarić I. (2013). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) i pridruženi neurorazvojni poremećaj. *Paediatrica Croatica*, 57(1), 118-124.
33. Prvčić, I., Rister, M. (2009). *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ADHD*. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Agencija za odgoj i obrazovanje.
34. Rešić, B., Solak, M., Rešić, J., Lozić, M. (2007). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću. *Paediatrica Croatica*, 51(1), 170-179.
35. Romstein, K. (2011). Kvalitativni pristup interpretaciji simptoma ADHD-a: implikacije za pedagošku praksu. *Život i škola*, 57(23), 101-112.
36. Sekušak-Galešev, S. (2005). Hiperaktivnost. *Dijete i društvo*, 7 (1), 40-59
37. Taylor, JF. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
38. Thompson, SD., Walker, AC. (2004). Satisfaction with parenting: A comparison between adolescent mothers and fathers. *Sex Roles*, 50 (77), 677-687.
39. Velki T, Dudaš M. (2015). Pokazuju li hiperaktivnija djeca više simptoma agresivnosti? *Ljetopis socijalnog rada*, 23 (1), 87-121.
40. Velki T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Naklada Slap, Zagreb.
41. Velki, T. Romstein, K. (2016). Povezanost samoprocijenjenih simptoma ADHD-a s agresivnim ponašanjem i sudjelovanjem u vršnjačkom nasilju učenika osnovnoškolske dobi. *Hrvatska revizija za rehabilitacijska istraživanja*, 52 (2), 30-4.
42. Walcott, CM., Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), 772-782.
43. Zrilić, S. (2013). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje, Zadar: Sveučilište u Zadru.
44. Žic-Ralić A. (2014). Obilježja vršnjačke interakcije i iskustvo vršnjačkog nasilja kod djece s ADHD-om. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (3), 453-484.